様式第78号

介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）　福岡市　　区長

次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。
なお、被保険者証等を紛失した場合で、再交付を受けた後に、紛失した被保険者証等を発見した場合は旧被保険者証等をすみやかに返還します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日		※個人番号欄は，＊印の証明書等の再交付を申請する場合のみ記入してください。	
被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名			
	住　　所	（電話番号　　）		

※申請者欄は、申請者が本人の場合は記入の必要はありません。
※代理で交付申請をする場合は委任状が必要です。（同一世帯の親族は除く。）

申請者	フリガナ		本人との関係	
	氏　　名			
	住　　所	（電話番号　　）		
提出代行者 氏名（事業所名）				

再交付する証明書等	□ 被保険者証＊	□ 利用者負担助成対象者証（訪問介護）
	□ 負担割合証＊	□ 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）
	□ 負担限度額認定証＊	□ 利用者負担額減額・免除認定証（災害等）
	□ （特定）負担限度額認定証＊	□ 社会福祉法人利用者負担軽減確認証
	□ 資格者証	□ その他（　　）
	□ 受給資格証明書	
再交付の理由	□ 紛失　□ 破損・汚損　□ その他（　　）	

以下は記入しないでください。

受付印	個人番号カード提示	有・無	□ 本人　□ 代理人 □ 代行　□ 郵送			
	個人番号確認書類提示	有・無	代理権の確認			
	個人番号システム確認済	□	□ 同一世帯の親族			
	身元確認書類		□ 介護保険被保険者証			
	□ 運転免許証		□ 書面（　　）			
	□ 健康保険被保険者証		□ 認定申請に伴う被保険者証再交付			
	□ 介護保険被保険者証		課長	係長	担当者	受付
	□ 介護保険料決定通知書					
	□ 介護保険負担割合証					
	□ その他（　　）					

※認定申請に伴う被保険者証再交付受付の場合は，「代理権の確認」は不要です。